

ABSCESO DEL MUSCULO PSOAS

(PSOAS MUSCLE ABSCESS)

* Ishtar Calderón Sánchez

RESUMEN

El absceso del músculo psoas es una enfermedad infecciosa poco común que es difícil de diagnosticar debido a su presentación clínica inespecífica.

En la última década, el número de casos diagnosticados ha aumentado como resultado del uso generalizado de las técnicas de imagen: ultrasonido y tomografía computarizada.

La presentación clínica típica es: fiebre, dolor lumbar o en la ingle y la cara anterior del muslo.

El tratamiento se basa en la terapia con antibióticos además del drenaje percutáneo guiado por TC o ultrasonido.

DESCRIPTORES

Musculo de psoas, Staphylococcus aureus, absceso, dolor lumbar, Streptococo.

SUMMARY

Psoas muscle abscess is an uncommon infectious disease that is difficult to diagnose due to its nonspecific clinical presentation.

In the last decade, the number of cases diagnosed has increased as a result of the widespread use of imaging techniques: ultrasound and computed tomography.

The typical clinical presentation is: fever, lumbar pain or in the groin and anterior aspect of the thigh.

The treatment is based on antibiotic therapy in addition to the percutaneous drainage guided by CT or ultrasound

KEYWORDS

Muscle of psoas, Staphylococcus aureus, abscess, lumbar pain, Streptococcus.

*Médico General.
Universidad Autónoma de
Costa Rica (UACA). San
José - Costa Rica

ANATOMIA

El músculo psoas tiene una forma alargada y fusiforme, se origina en los bordes laterales de la 12^a costilla y los bordes laterales vertebrales de T12, así como los de todos los cuerpos lumbares (L1-L5) para terminar insertándose en el trocánter menor del fémur ipsilateral al conformar un tendón

común con el músculo ilíaco; es innervado por las raíces de L2, L3 y L4 antes de la formación del nervio femoral. Su actividad determina la flexión y rotación lateral del fémur. Presenta una disposición anatómica retroperitoneal, posterior a la fascia transversal e íntimamente relacionado con otras estructuras retroperitoneales.

El espacio retroperitoneal se localiza entre la pared posterior de la cavidad abdominal y el peritoneo, en donde la presencia de la fascia de los músculos psoas ilíaco y del cuadrado lumbar dividen esta zona en porciones anterior y posterior. El espacio retroperitoneal anterior (pre renal o pre fascial) suele ser asiento de colecciones secundarias a fuentes adyacentes: riñón, colon ascendente y descendente, asa duodenal y páncreas y ganglios linfáticos, en donde es habitual identificar al *E. coli* como agente causal. En el área retrofascial, la fascia presenta ciertas prolongaciones que delimitan tres espacios independientes, que pueden ser base de abscesos piógenos o con menos frecuencia de origen tuberculoso.

Una vez se presenta la colección de tipo piógeno esta puede seguir dos cursos: permanecer localizada y progresar hacia la curación o por el contrario aumentar su volumen para extenderse hacia áreas anatómicas débiles, y terminar drenando hacia el exterior. De esta forma los abscesos retrofasciales del psoas tienden a drenar al muslo al cruzar bajo el ligamento inguinal y cerca al trocánter menor, donde terminan sus inserciones. El espacio del músculo ilíaco confina sus abscesos a la fosa ilíaca, y se detiene a nivel del anillo inguinal. El espacio retrofascial del cuadrado lumbar canaliza sus raros abscesos al triángulo dorsolumbar de Petit.

ETIOLOGIA

El absceso del músculo psoas fue descrito por H. Mynter en 1881 como una patología que envolvía una triada constituida por fiebre, dolor lumbar y dolor a la flexión del muslo y estaba relacionada al Mal de Pott, que antiguamente era la causa más frecuente de absceso del psoas. La

etiología actual dista mucho de la descrita por Mynter, siendo ahora altamente relacionado a enfermedades crónicas que conllevan a un compromiso inmunológico como la diabetes mellitus, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermedades autoinmunes, la adicción a las drogas por vía parenteral o a pacientes con otras infecciones de órganos cercanos.

Etiológicamente se clasifican en dos categorías: primarios y secundarios.

Son primarios cuando no se pudo demostrar foco infeccioso alguno, más común en países tropicales y poco desarrollados con una afectación mayor en niños varones y jóvenes; en países desarrollados se relacionan a enfermedades subyacentes. Estos son producidos comúnmente por *Staphylococcus aureus* y con menor frecuencia *Streptococo*, *E. coli* o *Proteus*. Y secundarios, cuando si se logra evidenciar un foco infeccioso contiguo o a distancia. Son casos raros, más de la mitad polimicrobianos, antiguamente frecuentes por *M. tuberculosis* y en estos últimos años han aumentado por el incremento de la población VIH positivo. Estos están relacionados a infecciones de órganos vecinos, en primer lugar del tracto digestivo como diverticulitis, enfermedades inflamatorias intestinales, entre otras. En segundo lugar por afecciones urológicas (pielonefritis) y en menor medida por problemas osteoarticulares (espondilodiscitis, mal de Pott).

EPIDEMIOLOGIA

La mayor parte de los reportes de casos provienen de países tropicales y en vía de desarrollo alcanzando el 95% de los casos reportados. Actualmente se reconoce una

distribución global para los abscesos primarios en 30-45% y para los secundarios en 55-70% de los casos. En las últimas décadas los abscesos primarios se han incrementado en pacientes con enfermedades crónicas debilitantes, inmunodeficiencias, ancianos, usuarios de drogas endovenosas y pacientes infectados con HIV.

El microorganismo aislado con más frecuencia es *Staphylococcus aureus* (63-80%), siendo hasta del 90% en los primarios, y son frecuentes los gramnegativos entéricos cuando el origen es secundario (*E. Coli*); en donde hasta en un 60% surgen como complicación de una enfermedad de Crohn, con otras causas que le siguen de lejos: apendicitis (16%), desórdenes del colon (11%), infecciones de discos intervertebrales y osteomielitis (10%); así también la piodermia, infecciones perirrenales, tuberculosis y complicaciones post-quirúrgicas.

En cuanto a la preferencia por sexo, se determina que el 75% de los casos reportados son hombres y el 90% se presenta en menores de 30 años. También se ha observado que puede comprometer por igual ambos músculos, pero sólo en 2-3% de los casos el absceso se presenta de forma bilateral, con un compromiso del 57% en el lado derecho y del 40% en el izquierdo.

La mortalidad en el absceso del músculo psoas tenía una tasa cercana al 100% en el pasado, cuando no eran tratados o recibían sólo antibioticoterapia. Actualmente la mortalidad varía entre el 2,8 y el 20%, siendo de 2,5% en los abscesos primarios y 18,9% en los secundarios, aunque para este último puede alcanzar hasta el 44%, lo cual se asocia habitualmente con la

progresión de una enfermedad neoplásica y/o el shock séptico de origen gastrointestinal, mientras que en las formas primarias es determinante la edad mayor a 50 años, enfermedades concomitantes, retraso en el inicio del tratamiento, hemocultivo positivo, terapéutica insuficiente y drenaje inadecuado. Aunque la sepsis se considera la principal causa de muerte, la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar desencadenan el 5,6% de los fallecimientos.

En un 35-57,8% de los casos evaluados se puede ver la presencia de algunos factores asociados con la aparición de la enfermedad como lo son el trauma previo (caídas de altura), focos sépticos distantes, iatrogenia (acupuntura), senectud, anemia, usuarios de drogas por vía parenteral e inmunodeficiencia asociada.

PRESENTACION CLINICA

La presentación clínica suele ser inespecífica y con un curso prolongado, comenzando gradualmente con un síndrome constitucional, fiebre y dolor abdominal inespecífico lo que dificulta y retrasa el diagnóstico.

La presencia de la tríada clásica: fiebre, dolor abdomino-lumbar y signo del psoas positivo aparece en 35-87% de los casos. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal o lumbar en 76-91%, signo del psoas positivo en 15-69% (flexión indolora del muslo sobre la cadera y desencadenamiento de dolor al extender el miembro inferior) y la fiebre, que ya sea sola o asociada a otros signos, se presenta en un 90-100% de los casos.

Presentaciones atípicas como neuropraxia del nervio femoral, irritabilidad de la próstata en asociación con dolor de cadera,

cojera antialgica (sobre todo en niños), deformidad en flexión de cadera y masa dura e indolora sobre la fosa iliaca (presente en un 50% de casos crónicos) deberían alertar al clínico para considerar la entidad.

La presentación subaguda o crónica, en la cual hay más de siete días de persistencia de los síntomas, puede identificarse en 83% de los pacientes y se considera que hay un retaso en el diagnóstico cuando este se da después de 6 semanas.

Se encuentran dos formas de presentación:

- Típica: Presencia de fiebre, dolor lumbar o en la ingle y cara anterior del muslo.
- Atípica: Más insidiosa y consistente en fiebre y malestar abdominal.

Dentro de los diagnósticos diferenciales debemos tener en cuenta cuadros de apendicitis aguda, artritis séptica de cadera, artritis sacroilíaca, osteomielitis ilíaca, fiebre reumática, discitis, abscesos de tejidos blandos, linfoma y enfermedad pélvica inflamatoria.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

El cuadro clínico suele acompañarse de laboratorios con leucocitosis con desviación izquierda, anemia y elevación de la Velocidad de Eritrosedimentación (VES).

La leucocitosis se evidencia en un 65% de casos y la neutrofilia en el 78%, así como la elevación significativa de la proteína C reactiva (PCR) y de la velocidad de eritrosedimentación, la cual sobrepasa los 90 mm en la primera hora en el 70% de los casos. Se describe presencia de anemia leve a moderada en 35% de los pacientes y trombocitosis en 45% de los pacientes (cifra

media 575.000 plaquetas). Tras la resolución del absceso del psoas, estos parámetros tienden a normalizarse en un tiempo que oscila entre 3 a 12 meses hasta alcanzar la normalidad, donde las cifras de hemoglobina y plaquetas tienden a normalizarse antes que la VES y en algunos casos esta permanece elevada por tiempo prolongado.

En cuanto a los estudios microbiológicos, se estima que son precisos entre 90 a 100% si la muestra analizada procede del aspirado del drenaje, mientras que la de los hemocultivos se reduce a un 25-50%.

IMAGENOLOGIA

Hasta el 70% de los casos eran diagnosticados por autopsia antes de contar con técnicas de imagen adecuadas. Actualmente la eficacia diagnóstica de la ecografía y de la tomografía computarizada (TAC) alcanza el 57 y 91% respectivamente, y se puede establecer el diagnóstico en casos escogidos por resonancia magnética (RM), aunque la TAC constituye el procedimiento de elección.

Radiografía simple de abdomen: tiene una utilidad diagnóstica muy limitada y sólo en un 33% de las placas se identifica el aumento o borramiento de la línea del psoas del lado afectado. Sin embargo, en los cuadros crónicos permite identificar lesiones óseas. Otros hallazgos radiológicos identificables son la opacidad de la fosa iliaca, gas alrededor del psoas, la escoliosis antiálgica y aumento del tamaño del músculo que provoque signos indirectos de ocupación de espacio.

Ecografía: es la técnica más utilizada en la actualidad para la evaluación inicial de los pacientes con sospecha de absceso de psoas. La ecografía abdominal confirma el

diagnóstico en un 40-57% de los casos, revelando una colección líquida sobre el área del psoas. Los inconvenientes que habitualmente se asocian a este examen son la dificultad para realizarse adecuadamente en pacientes obesos, que no identifica pequeños abscesos y/o flemones, la presencia e interposición de gas intestinal y que es operador dependiente, por lo cual se depende en gran medida de la experiencia del radiólogo que la realiza.

Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen con medio de contraste: es el método que confirma el diagnóstico y define la extensión del absceso; se considera como la técnica imagenológica de mayor valor diagnóstico para el absceso de psoas, con una sensibilidad que varía entre el 80 y el 100%. Además de que permite guiar punciones articulares o el drenaje del absceso y es esencial para el seguimiento del paciente y comprobar la resolución del cuadro.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN): es útil para evaluar la diseminación de la infección al espacio epidural y a tejidos blandos; muestra un realce de la faceta articular infectada a nivel de T1 después de la inyección de gadolinio, muestra una mejor resolución de tejidos blandos y la capacidad de demostrar las paredes del absceso sin necesidad de recurrir a otros medios de contraste endovenosos. Aunque este estudio supera a todos los demás, su alto costo y la falta de disponibilidad en nuestro medio limita su uso.

Gammagrafía: el centellegrama con Indio, Galio 67 o leucocitos marcados puede facilitar el diagnóstico temprano; es superior a la TAC en la demostración concomitante de focos infecciosos en otros sitios, como la osteomielitis vertebral o ilíaca, la artritis

séptica sacroilíaca o la presencia de abscesos múltiples óseos. Sin embargo, debido a inconvenientes como su alto costo, la falta de precisión en la delimitación del proceso y la demora en 48 horas hasta la interpretación de resultados llevan a que en la práctica su uso sea infrecuente.

También existen otros estudios que pueden orientar el diagnóstico, como la urografía excretora y el colon por enema, que pueden mostrar desplazamiento renal y/o uretral, afección colónica asociada y/o desplazamiento del ciego o sigmoides. La pielografía endovenosa alguna vez alcanzó a ser considerada como el método diagnóstico de elección, pero sólo orientaba el diagnóstico en un 50% de los casos. El enema baritado ante la enfermedad de Crohn puede revelar la presencia de fístula comunicante entre el tracto digestivo y el absceso.

MANEJO

El tratamiento adecuado se basa en la antibioticoterapia sumado al drenaje percutáneo guiado por TAC o ecografía; en casos determinados es necesario un drenaje quirúrgico. El drenaje percutáneo dirigido por ecografía o TAC se convierte en la elección terapéutica de primera línea frente al procedimiento abierto, facilita la obtención rápida de muestras para cultivo, presenta una baja morbilidad y asegura la resolución del absceso en 75-95% de los casos, tanto en abscesos primarios como secundarios.

En cuanto a la cirugía abierta, esta no debe aplazarse ante una falla del tratamiento inicial, y es indicada como primera opción ante ciertos casos bien determinados como colecciones no accesibles, abscesos multiloculados, pacientes que precisen cirugía debido a su enfermedad de base e

incluso se propone la vía abierta para todos los casos que se originen en la enfermedad de Crohn o si se sospecha patología gastrointestinal.

El drenaje abierto clásicamente se realiza por lumbotomía mediante una incisión a 3 cm de la cresta ilíaca del lado comprometido, paralela a ésta y de aproximadamente 10 cm de longitud. Una vez divulsionados los músculos oblicuos y transversos, así como la fascia transversalis, se procede a la divulsión extraperitoneal y en sentido posterior hasta identificar la colección y proceder a su drenaje.

Otra vía de abordaje y drenaje es a través de la cara anterior del muslo ipsilateral a la colección, aunque se ha visto que por esta vía la evacuación algunas veces es inadecuada y se presentan altas tasas de fallas.

El tratamiento médico-quirúrgico integrado lleva el esquema antibiótico durante un período variable según la etiología del absceso y su evolución clínica; se mantiene la administración endovenosa del antibiótico por las primeras 3-4 semanas y se continúa con la administración por vía oral durante quince días o un mes más (6-8 semanas de manejo total).

De forma empírica y precoz, se inicia el manejo buscando una cobertura contra Gram positivos (*S. aureus*), anaerobios y gérmenes Gram negativos, hasta disponer de una identificación mediante los cultivos apropiados.

Se recomienda iniciar la farmacoterapia antes del drenaje y las combinaciones de antibióticos más útiles para iniciar empíricamente son:

- Beta-lactámico más anaerobicida: Oxacilina 2 g c/4-6 horas IV o cefotaxima 2 g c/4-6 horas IV. Más Metronidazol 500 mg c/6 horas IV, o clindamicina 300 mg c/6 horas IV.
- Beta-lactámico más aminoglucósido: Oxacilina 2 g c/4-6 horas IV o cefotaxima 2 g c/4-6 horas IV Más Gentamicina 120 mg c/12 horas IV o 80 mg c/8 horas IV
- Beta-lactámico más fluoroquinolona Oxacilina 2 g c/4-6 horas IV o cefotaxima 2 g c/4-6 horas IV Más Ciprofloxacina 400 mg c/12 horas IV
- Aztreonam 1 g c/12 horas IV en monoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- Campillo i López, F., & Martín Sánchez, J. (2014). Absceso de psoas: una aproximación a la cojera aguda de origen infeccioso. *Pediatría Atención Primaria*, 16(63), 225-228.
- Carvajal, T. Mayorga, I. Salazar Cascante, B. (2010). Absceso del músculo psoas (Caso Clínico). *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXVII (593), 295-298.
- Jordan García, I., May Llanas, E., Riopedre Saura, X., González Pascual, E., Tardío Torío, E., & Ros Viladons, J. (1999). Absceso de psoas en Pediatría. A propósito de dos casos. *Anales españoles de pediatría*, 50(2), 172-174.
- Medina, J. F. Vivas, V. H. (2004). Absceso del psoas: revisión de la literatura y estado actual. *Revista Colombiana de Cirugía*, 19(3), 181-189.

- Moore, K. Dalley, A. Agur, A.. (2010). Anatomía con orientación clínica. España. Lippincott Williams & Wilkins. 6. Navarro Gil, J, Regojo Zapata, O, Elizalde Benito, A. Hijazo Conejos, José J, Murillo Pérez, C, Sánchez Zalabardo, J, & Valdivia Uría, J. (2006). Absceso de psoas: revisión de la bibliografía. Archivos Españoles de Urología (Ed. impresa), 59(1), 73-77.

Recepción: 28 Mayo de 2016

Aprobación: 10 Junio de 2017